SUPPLÉMENT

A L'EXPOSÉ DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR V. MAGNAN

MÉDECIN DE L'ASILE SAINTE-ANNE,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PARIS
IMPRIMERIE DE D. DUMOULIN ET Cie
5, RUE DES GRANDS-AUGUSTINS, 5
1893

I. CONCOURS ET NOMINATIONS

SERVICES PUBLICS

Interne des hôpitaux de Lyon, (concours de 1858);

Interne des hôpitaux de Paris, (concours de 1863);

Médecin de l'asile Sainte-Anne, 1867 ;

Lauréat de l'Académie de Médecine, (prix Civrieux, concours de 1865), sur la question posée par l'Académie : *Des rapports de la paralysie générale et de la folie;*

Lauréat de l'Académie de Médecine, (prix Civrieux, concours de 1872), sur la question posée par l'Académie : *Des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement;*

Lauréat de l'Institut de France, (prix Montyon de médecine et de chirurgie, 1872);

Lauréat de l'Institut de France, (prix Bellion, 1889);

Chevalier de la Légion d'honneur ;

Membre honoraire de la Société anatomique ;

Membre honoraire et ancien vice-président de la Société de Biologie ;

Ancien Président de la Société médico-psychologique ;

Membre de la Société de Médecine publique et d'hygiène professionnelle ;

Médecin expert près les tribunaux;

Membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique ;

Membre de l'Académie de Médecine.

II. ENSEIGNEMENT

1866. Interne aux Enfants-Malades dans le service de M. Roger, chargé du cours complémentaire sur les maladies des enfants. (L'interne remplissait, pendant la durée du cours, le rôle de chef de clinique.)

1868. Inauguration, par M. Magnan des leçons théoriques et cliniques à l'asile Sainte-Anne sur les maladies mentales et nerveuses. Ces leçons ont été continuées pendanl les années 1869, 1870, 1872, 1873. (*Gaz. des hôpitaux*, 1868, 1869, 1871. *Revue scientifique*, 1873.)

1877 à 1893. Les leçons reprises en 1877 ont été continuées chaque année jusqu'à ce jour. (*Gaz. méd.*, 1877. *Trib. méd.*, 1881, 1886. *Progrès méd.*, 1882, 1883, 1888, 1889. *Gaz. des hôpitaux*, 1884. *Journal des Conn. méd.*, 1884, 1889, 1890. *Bulletin méd.*, 1887, 1890, 1891. *Gaz. hebdomadaire* (*Mercredi méd.*), 1892). Plusieurs séries de leçons cliniques ont été réunies en un volume dont la deuxième édition vient de paraître.

1877. Lors de la création de la chaire des maladies mentales, M. Magnan a été présenté *ex æquo* en première ligne, avec M. Ball, par la commission de la Faculté. Il a été porté en seconde ligne sur la liste de présentation au ministre.

III. TRAVAUX SCIENTIFIQUES

De l'alcoolisme ; des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement. (*In-8 de 282 pages, six figures et trois tracés sphygmographiques. Paris*, 1874.) Cet ouvrage, couronné par l'Académie de Médecine, a été traduit en anglais, en russe et en portugais. Il a déjà été analysé sous le n° 10, dans l'Exposé des titres et travaux scientifiques de 1886.

Recherches sur les centres nerveux (*première série*). (*In-8 de 222 pages, 3 planches et 2 figures. Paris*, 1876.) Ouvrage déjà analysé, sous le n° 96, dans l'Exposé de 1886.

Recherches sur les centres nerveux (*deuxième série*). (*In-8 de 572 pages, 6 planches hors texte, un graphique en chromolithographie et 27 figures dans le texte. Paris*, 1893). Plusieurs des mémoires contenus dans cet ouvrage sont traduits en allemand et en russe.

Ce volume est divisé en quatre parties : la première est consacrée à *l'alcoolisme*, la deuxième aux *héréditaires dégénérés*, la troisième à la *paralysie générale*, la quatrième à la *folie intermittente* et à la *médecine légale*.

A. — Alcoolisme.

Dans ses travaux antérieurs, M. Magnan avait établi, la part qui revient à l'alcool et à l'absinthe dans l'alcoolisme, et avait suivi, pas à pas, le sujet alcoolisé dans toute son évolution progressive, depuis l'ivresse jusqu'aux étapes ultimes de l'empoisonnement où sa dégradation physique, intellectuelle et morale, le pousse vers la démence et le gâtisme ou la paralysie générale. Depuis 1886, l'auteur a complété cette étude ; il a repris, en outre, la question étiologique, s'attachant à dénoncer l'action plus nocive des alcools de vinage et des substances, que l'industrie, sans nul souci de l'hygiène, introduit dans les boissons de table. C'est là, une des principales causes du progrès de l'alcoolisme, qui non seulement s'attaque à l'individu, mais encore

à la descendance, et devient ainsi, le pourvoyeur le plus actif de nos hôpitaux et de nos asilee.

Toutee ces connaissances, qui n'intéreesent pas seulement le médecin et l'hygiéniste, mais aussi le magistrat, le moraliste et le législateur, appellent de nouvelles réformes dans le régime des boissons et des mesures de protection et de traitement plue efficaces, non seulement à l'égard des délirants alcooliques, mais aussi des ivrognes.

Les différents travaux qui suivent, quoique d'un caractère plus général, n'en sont pas moins déduits rigoureusement de l'expérimentation physiologique et de la clinique.

Cette première partie contient sept mémoires :
I. *Influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales.*
II. *Des principaux signes cliniques de l'absinthisme.*
III. *De l'alcoolisme.*
IV. *Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale.*
V. *De la toxicité des alcools supérieurs et des bouquets artificiels.*
VI. *Trois cas de cocaïnisme chronique.*
VII. *Anatomie pathologique.*

Les mémoires I et VII sont déjà analysés dans l'Exposé de 1886, sous les numéros 12, 16 et 17.

II. *Des principaux signes cliniques de l'absinthisme. (Soc. de méd. pub. et d'hyg. prof.*, 1890.)

L'étude comparative de l'alcool et de l'absintbe, rendue si facile par l'expérimentation physiologique, trouve une démonstration tout aussi nette dans les faits cliniques; qu'il s'agisse, en effet, du développement plue hâtif du délire, qu'il e'agisse des vertiges, des attaques et de l'inconscience qui les accompagne, chez les alcoolisée aigus ou subaigus, de nombreuses observations fournissent la preuve que ces syndromes dépendent, non de l'alcool, maie de l'absinthe.

III. *De l'alcoolisme. (Bull. méd.*, 12 novembre 1890.)

De nombreux documents prouvent la marche progressive de l'alcoolisme. Pour le département de la Seine, les renseignements statistiques de l'infirmerie du Dépôt de la Préfecture de police et ceux du Bureau central d'admisssion de l'asile Sainte-Anne, par leur mutuel contrôle, fournissent des données d'une saisissante importance ; ils montrent l'alcoolisme

émergeant au-dessus des autres maladies mentsles; puis, par ordre de fréquence, viennent les diverses formes de la dégénérescence mentale et la paralysie générale. Ce sont là, en quelque sorte, trois groupes d'une même famille, l'alcoolisme appelant à lui la dégénérescence mentale et la psralysie générale, dont il est un des facteurs les plus puissants.

IV. *Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale.* (Com. au Congrès de méd. ment. de Lyon, 1891.)

La physiologie expérimentale, la clinique et l'anatomie pathologique sont d'accord pour confirmer les deux modes de terminaison de l'alcoolisme par la démence (stéatose et athérôme) ou la paralysie générale (sclérose interstitielle diffuse). Mais le diagnostic offre de sérieuses difficultés au début de la paralysie générale, dans la période intermédiaire à l'alcoolisme et à la paralysie générale; des alcooliques chroniques avec lésions circonscrites, des dégénérés à la suite d'abus répétés de boissons, peuvent affecter les allures d'un psralytique général; mais, méme dans ces circonstances, on n'est pas autorisé à ranger ces malades sous l'étiquette de pseudo-paralysie générale alcoolique.

V. *De la toxicité des alcools supérieurs et des bouquets artificiels.* (*Soc. de méd. pub. et d'hygiène prof.*, 1887.) En collaboration avec M. Laborde.

L'industrie met à contribution un grand nombre de produits, la plupart très toxiques, pour donner aux vins, aux eaux-de-vie et aux diverses liqueurs, les apparences extérieures des boissons naturelles.

Pour les eaux-de-vie, cognac, rhum, la composition des bouquets est variable, parfois inoffensive; mais malbeureusement, c'est l'excipient lui-même qui est défectueux, puisque ces boissons sont presque exclusivement fabriquées avec des alcools d'industrie dont ces bouquets masquent les mauvais goûts. Il en est de méme pour les liqueurs, avec cette circonstance aggravante, toutefois, que quelques-uns de leurs bouquets sont éminemment toxiques.

Les recberches ont porté successivement sur les huiles de vins, bouquets donnant l'odeur et la saveur du vin à des mélanges artificiels obtenus après des vinages intensifs. Ces bouquets provoquent des troubles graves de la respiration et du cœur. Le furfurol, contenu dans certains alcools, est un épileptisant. L'aldéhyde salicylique qui parfume les vermouts et les bitters est également un épileptisant. Le salicylate de méthyle, ajouté aussi parfois au vermout et au bitter, provoque de la raideur et du tremblement, mais non

le cycle méthodique de l'attaque épileptique. L'essence de noyau détermine de la raideur tétanique, des troubles asphyxiques qui entraînent promptement la mort.

VI. *Cocaïnisme: 1° Trois cas de cocaïnisme chronique; 2° Cocaïnisme par application sur des plaies de compresses imbibées d'une solution de cocaïne.*

Les effets immédiats de la cocaïne sont bien connus, mais il n'en est pas de même de son action prolongée. A la longue, la cocaïne produit des hallucinations de la sensibilité générale, les patients éprouvent sous la peau une sensation de reptation, et, avec une épingle, la pointe d'un canif, s'efforcent d'extraire soit des insectes, soit des corps étrangers imaginaires. Puis se développent des hallucinations de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat, mais ces hallucinations sont moins actives et passent au second plan. C'est l'inverse pour l'alcoolisme, dans lequel les hallucinations de la vue et de l'ouïe sont les phénomènes prédominants. Un second signe fréquent est le développement de vertiges et d'attaques épileptiques qui disparaissent avec la suppression du poison.

L'application de compresses, imbibées de cocaïne, sur des plaies douloureuses, a fait naître chez une malade, au bout de six semaines, des hallucinations de la sensibilité générale.

B. — *Folie des héréditaires dégénérés.*

L'étude de la folie des héréditaires dégénérés, comme l'a conçue M. Magnan, non seulement éclaire d'une vive lumière certains côtés intéressants de la physiologie pathologique des centres nerveux, mais elle offre encore une importance capitale au point de vue clinique et médico-légal.

Rien n'est plus instructif, en effet, pour la solution de certains problèmes de physiologie pathologique, que l'émancipation des différents centres de l'axe cérébro-spinal qui, grâce à la déséquilibration des héréditaires dégénérés, peuvent entrer chacun en fonction d'une façon isolée et indépendante de tous les autres centres.

Dans les aberrations sexuelles, par exemple, le centre génito-spinal s'émancipe: tantôt l'éréthisme local est tel qu'une érection fatigante persiste en dehors de toute action cérébrale; d'autres fois, au contraire, même chez un homme jeune et vigoureux, le centre génito-spinal résiste à toute incitation cérébrale, et les désirs les plus ardents, tous les efforts de la volonté n'aboutissent qu'à la flacidité de l'organe, à une désespérante frigidité.

Parfois, chez le même sujet, l'indépendance fonctionnelle s'exerce successivement eur différents centres, et dans un de ces cas notamment les diverses régions de l'axe cérébro-spinal étaient compromisee. Il s'agit d'une femme de trente ans, qui perd par momente, tout en restant consciente, la libre direction de ses mouvements. Ce sont d'abord des mouvements analogues à de simples réflexes, se psssant dans le segment d'un membre ou dans tout un membre, ne paraissant mettre en jeu qu'une région limitée de la moelle : tels sont les mouvemente de flexion ou d'extension de la main sur l'avant-bras, ou de l'avsnt-bras eur le bras, du pied sur la jambe, ou de la jambe sur la cuisse ; ou bien encore, l'élévation d'une épaule ; d'autres fois, ce sont des mouvements plus étendus, le frottement d'une main contre l'autre ; d'autres fois encore c'est la marche en avant, et si la malade essaye d'interrompre l'un ou l'autre de ces mouvements, elle éprouve un très grand malsise. Tous ces mouvements, sans utilité, sans objet, s'effectuent en dehors de la volonté ; la malade les constate, mais reste impuiassnte à lee réprimer. D'sutres fois, ce sont des phénoménes d'arrêt qui se produisent : étant debout, la malade ne peut plus s'asseoir ; assise, elle ne peut plue se lever, et pendant un moment ls volonté eat impuissante, le centre peychomoteur est inhibé. Dsns ces cas toute solidarité est rompue, la moelle est affrsnchie de l'influence psycho-motrice.

Dans d'sutres circonstances, c'est un centre plus élevé, ls protubérance qui s'émsncipe ; toute ls mimique, en effet, d'un état passionnel, le rire ou les pleurs, échappe à ls volonté, et cette manifestation extérieure est en désaccord svec l'état cénesthésique du aujet, qui tantôt est indifférent, tantôt, au contrsire, est opposé à la nature même de la manifestation. Plus tard encore, la malsde prononce, sans pouvoir s'en empêcher, des mots groesiers, dénotant un certain éréthiame des centres corticaux postérieurs, des centres dépoeitaires des images tonales ou visuelles ; enfin, plus rarement, c'est la région frontale qui est en cause, la malade répète, mslgré elle, des discours entiers, des faits divers lus dans un journsl. On le voit, la maladie, mettant en saillie lee troubles fonctionnels des différente segmenta de l'axe cérébro-spinal, n'agit pss autrement que le physiologiste dans ses sections expérimentales.

Pour le clinicien, pour le médecin légiste, ces syndromes baeés eur l'obsession et l'impulsion irrésistibles ou sur l'inhibition, n'offrent pas moins d'intérêt. Lorsqu'on est témoin de l'angoisae extrêmement pénible, à laquelle est en proie le malheureux onomatomane qui cherche un mot dont il n'a nul besoin, lorsqu'on le voit faire des efforts surhumains, pour ne pas

projeter au dehors le mot qui l'obsède, et que l'on assiste à la détente, à l'immense soulagement dont sont suivies soit la découverte, soit la décharge du mot, soit la substitution du mot préservateur au mot funeste, on n'est plus étonné par le langage du kleptomane, du pyromane, de l'impulsif homicide ou sexuel, etc., quand ils déclarent que, malgré tous leurs efforts, leur ardent désir de résister, ils ont fini par succomber. Partout le phénomène est le même ; il s'agit toujours, d'un centre surexcité qui appelle la sensation ou l'acte, qui le satisferont. Il semblerait, en effet, qu'aucun rapprochement ne saurait être établi, par exemple, entre l'onomatomanie, la dipsomanie et les perversions sexuelles qui poussent le spinal à l'onanisme, et cependant, au point de vue physiologique, le phénomène est au fond le même ; un centre surexcité réclame le retour d'une sensation déjà connue ; l'apparition de l'image tonale, c'est-à-dire du nom, dans le centre cortical suffit à calmer l'onomatomane ; l'impression alcoolique transmise par les nerfs de l'estomac au centre bulbaire et à l'écorce, donne satisfaction à l'appétit du dipsomane ; la répétition de l'acte, qui fait renaître la sensation dans le centre génito-spinal, apaise momentanément les désirs de l'onaniste. Dans tous les cas, il s'agit de reproduire une sensation appropriée à un centre.

Cette seconde partie des *Recherches sur les centres nerveux* contient dix-neuf mémoires :

I. *Des signes physiques intellectuels et moraux sur la folie héréditaire.*
II. *Des signes physiques*, etc. (suite).
III. *Héréditaires dégénérés.*
IV. *Tableau synoptique des dégénérescences mentales.*
V. *Des anomalies des aberrations et des perversions sexuelles.*
VI. *Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles.*
VII. *Des exhibitionnistes.*
VIII. *Trois cas de conformation vicieuse des organes génitaux.*
IX. *Accumulation de stigmates physiques chez un débile.*
X. *De l'enfance des criminels considérée dans ses rapports avec la prédisposition naturelle au crime.*
XI. *Accumulatioin chez un même sujet de syndromes épisodiques intéressant successivement diverses régions de l'axe cérébro-spinal.*
XII. *De la folie des antivivisectionnistes.*
XIII. *De l'onomatomanie.*
XIV. *L'obsession criminelle morbide.*
XV. *Étude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés.*

XVI. *Suicide par blessure du cœur avec une épingle mesurant à peine trois centimètres.*

XVII. *Sur les aliénés persécuteurs.*

XVIII. *Note sur l'étude comparative de la démence et de l'idiotie.*

XIX. *De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné.*

Les mémoires I, V, VI, XI, XV, XVIII et XIX ont déjà été analysés dans l'Exposé de 1886, soua les numéros 44, 50, 51, 46, 49, 53, 52, 61.

II. *Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire.* (*Ann. méd. psych.*, 7e série, t. IV, sept. 1886.)

Cette communication à la Société médico-psychologique a eu pour objet la réfutation de diverses objections adressées à la constitution du groupe des héréditaires dégénérés. Les arguments puisés dana la clinique, démontrent que les héréditaires dégénérés, ont une origine commune, avec quelques différences étiologiques secondaires, et qu'ils offrent les mêmes caractéres généraux : déséquilibration mentale, syndromea épiaodiques, délire d'emblée.

III. *Héréditaires dégénérés.* (*Arch. de neurol.*, n° 69, 1892.)

De même que dans la paralysie générale, nous avons trouvé comme fonds une démence généralisée tout à fait remarquable, de même chez les dégénérés, tous les symptômes psychiques repoaent sur un fonds spécial, la déséquilibration mentale. Sur ce terrain spécial, se développent des épisodes maladifs ayant pour base l'obsession, l'impulsion et l'inhibition ; épisodes tellement caractéristiques qu'ils conatituent les *stigmates psychiques* de la folie héréditaire. Les délires, à leur tour, ont leur physionomie particulière ; dans la paralyaie générale, en effet, les délires empruntent au fonds de démence leur principal caractère, et, de leur côté, les délires des héréditaires dégénérés ont tantôt l'instabilité et la déséquilibration dea héréditaires, tantôt, au contraire, la ténacité obsédante de certaines de leura tendances maladives.

Des considérations généralea sur l'étiologie, la physiologie pathologique et la séméiologie de la folie des héréditaires dégénérés, sont suivies de l'examen de quelques faits qui viennent les corroborer.

La dernière observation, accompagnée d'un dessin, est relative à un anomal aexuel qui, poussé à mordre la peau fine et blanche d'une jeune fille, parvenait à échapper à l'impulsion, en ae mutilant lui-même.

VII. *Des Exhibitionnistes*. (Soc. de méd. lég., mai 1890.)

Le dégénéré, dans son état de perpétuelle déséquilibration, avec ses bizarreries et ses originalités de caractère, commet fréquemment des actes qui le conduisent devant le magistrat. En possession apparente de sa liberté morale, il fait surgir à chaque instant les problèmes médico-légaux les plus difficiles ; agissant en vertu d'une obsession ou d'une impulsion, c'est-à-dire irrésistiblement, il est privé de sa liberté d'action, et en dépit de son état de conscience, il est irresponsable. Il en est ainsi de l'exhibitionniste, qui, obsédé par l'idée d'étaler ses organes génitaux, résiste d'abord, lutte avec énergie, jusqu'à ce que l'obsession tenace, de plus en plus pressante, amène un tel malaise, un tel état d'anxiété, que le malheureux obéit, coûte que coûte, à l'impulsion. Lorsqu'on a été témoin de l'angoisse et de l'extrême souffrance de ces individus, on n'hésite pas à en reconnaître le caractère maladif, et l'on conçoit l'impossibilité, pour eux, de résister.

L'acquittement de l'un de ces exhibitionnistes, à la suite d'un rapport médico-légal de l'auteur, prouve que les magistrats, eux-mêmes, admettent aujourd'hui, le caractère maladif de ces actes étranges. Les conclusions de ce rapport, déduites de toute l'histoire du malade, sont les suivantes :

1° G... est un dégénéré héréditaire, atteint, à diverses reprises, d'obsessions et d'impulsions irrésistibles ;

2° Il avait, le 20 avril 1888, conscience du caractère délictueux de son exhibition sexuelle ; mais il y était poussé par une obsession maladive tellement impérieuse qu'elle annihilait sa volonté ;

3° Il n'est pas responsable d'un acte qui repose, tout entier, sur une perversion délirante du sens génital.

A côté des vrais exhibitionnistes, des dégénérés impulsifs, on avait, à tort, rangé des déments séniles, des paralytiques généraux, des épileptiques. Chez tous ces malades, il y a, sans doute, exhibition; mais si l'acte est le même, les mobiles sont absolument différents, et chaque cas réclame un examen particulier. Plusieurs observations font ressortir les différences capitales qui séparent tous ces faits.

VIII. *Trois cas de conformation vicieuse des organes génitaux : atrophie testiculaire, cryptorchidie; pseudo-hermaphrodisme mâle.* (Com. à la Soc. d'anthropologie, février 1887.)

Chez les héréditaires dégénérés, les organes génitaux sont parfois le siège de vices de conformation, de stigmates physiques dignes d'intérêt; les trois faits communiqués à la Société d'anthropologie montrent trois degrés dans

l'arrêt de développement des organee génitaux externes. Le dégénéré atteint d'hypoapade à forme vulvaire a présenté de l'invereion du aens génital; cette perveraion est rare chez lea pseudo-hermapbrodites mâles qui ee font, au contraire, remarquer par l'attrait qu'ils éprouvent pour lea relations féminines ; c'eat même pour eux, une sorte de révélation ; se croyant femmes, ils s'étonnent eux-mêmes de leur inclination pour les femmes, et, dans quelques cas, ils sont ainsi portés à douter de leur sexe et à se aoumettre à l'examen qui vient les éclairer. Deux planchee donnent une idée de la conformation vicieuse de deux de cea malades.

IX. *Accumulation de stigmates physiques chez un débile.* (Com. à la Soc. de Biol., juillet 1892.) En collaboration avec M. Galippe.

Il s'agit d'un débile qui accumule dans des proportions, tout à fait exceptionnelles, les stigmates phyeiquee les plua accuaés : il est brachycépbale, plagiocéphale, acrocéphale ; il présente, en outre, de l'aaymétrie faciale, de l'atrésie buccale, de la syndactylie des quatre extrémités. La deacription est rendue plus facile par les dessine qui accompagnent le texte.

X. *De l'enfance des criminels considérée dans ses rapports avec la prédisposition naturelle au crime.* (Rap. au Congrès d'antbropologie criminelle de Paris 1889.)

Tout en rendant un hommage mérité à l'œuvre considérable de M. Lombroso, l'auteur ne peut se rallier à l'opinion, qui attribue, à la plupart des criminels, une origine ancestrale ; qui considère le criminel-né comme un aauvage, aurvivant au milieu de la civilisation actuelle ; qui le compare à l'enfant, si bien que, la criminalité ne serait qu'une enfance prolongée ; que les formea primordialea du crime, les germes du crime, seraient dea attributs naturels, en d'autrea termes, que l'enfant serait prédisposé naturellement au crime, qu'il représenterait un homme privé de sens moral. C'est là évidemment une interprétation erronée des phénomènes observés.

M. Magnan compare lee premières années de l'enfant bien pondéré à l'enfance des dégénérés délinquants ou criminels, et, dana toute l'histoire biopathologique de ces derniers malades, il trouve, malgré les apparences de raiaon, les traces de la tare cérébrale. Plusieura obeervations de jeunes dégénérés, eans stigmates physiques appréciables, viennent à l'appui de cette manière de voir, et l'on peut dire que les sujets, chez lesquels, exiete une prédispoaition native aux délits et aux crimes, ne sont paa des êtres normaux, mais bien des héréditaires dégénérés.

XIII. *De l'onomatomanie.* (Arch. de Neurol., n° 29 et suivants.) En collaboration avec M. Charcot.

L'onomatomanie est un ayndrome épisodique de la folie héréditaire, dans lequel, l'obsession et l'impulsion ont pour objet un mot ou un nom psrfois insignifiants. La première partie de ce mémoire, consacrée à la recherche angoissante du nom ou du mot, a été snalysée dans le premier Exposé (n° 40) ;

2° L'obsession du mot qui s'impose et l'impulsion irrésistible à le répéter.

Dans ce second groupe de faits, le mot, au lieu d'être absent ou de fuir, s'impose, au contraire, se place au premier plan, dans le centre perceptif, dépositaire des images tonales, et provoque parfois, sans nul retard, la décharge du centre moteur d'articulation. L'éréthisme de ce centre, est tel qu'il échappe, sinon au contrôle, du moins à l'influence modératrice des centres supérieurs, si bien que le mot obsédant s'impose, dsns quelques cas, comme une production parasitaire, en dehors du cours ordinaire des idées, et que le malheureux pstient, surpris en quelque sorte, non seulement le subit, mais est poussé, malgré ses efforts, à le projeter brusquement au dehors.

Neuf observations montrent le malade dsns les diverses situations imposées par l'obsession et l'impulsion du mot.

3° Signification psrticulièrement funeste de certains mots (pensés, prononcés, lus, écrits); mots compromettants.

Chez ces malades survient une terreur, une crainte folle de certains mots, auxquels ils attribuent une sorte de pouvoir maléfique, tantôt sur eux-mémes, mais plus souvent sur un parent, un ami et psrfois aussi sur des personnes étrangères. Une fois en proie à ces préoccupations, ils se montrent constamment inquiets, ils s'efforcent de ne pas réfléchir, de ne pas penser, pour que le mot malfaisant n'intervienne point dans le cours des idées ; ils n'osent pas sortir, craignant de l'entendre prononcer ; chez eux ils s'isolent, restent silencieux, redoutant de parler ou d'entendre parler leur entourage, car le mot pourrait par mégarde, malgré toutes les précautions et les recommandations, se glisser dans la conversation. Dès que le mot apparaît, dès que le centre cortical l'a recueilli, que le mot vienne du dedans ou du dehors, instantanément, sans réflexion, le malaise se produit et le patient s'angoisse, tout en reconnaissant l'absurdité de son inquiétude.

Sept observations permettent de se rendre bien compte de l'onomatomanie.

4° Mots préservateurs.

Le mot préservateur procure habituellement un moment de répit à l'onomatomane, mais souvent, celui-ci trouve encore le moyen de s'inquiéter et de s'angoiaser, par l'obligation de répéter un grand nombre de fois, soit le mot, soit le mot accompagné d'un mouvement, plus ou moins fatigant, qui paraît lui donner plus de force. Il finit par être tellement obsédé par l'idée de se protéger ou de protéger les autres, que la vie se passe à répéter puérilement les formules ou les mots préservateura.

Sept observations donnent une idée des variétés de cette forme d'onomatomanie.

5° Mots devenus pour le patient un véritable corps solide, indûment avslé, pesant sur l'estomac et pouvant être rejeté par des efforts d'expuition et le crachement.

Chez plusieurs des onomatomanes précédents, le mot s'accompagne parfois d'un mouvement, aoit d'un véritable tic, impossible à réprimer, soit d'un mouvement volontaire que le patient est poussé à faire, mais dont il règle l'intensité et que parfois il parvient à supprimer. Lorsque le mot vient à être prononcé, au mouvement d'articulation a'ajoute le mouvement d'une autre région des centres psycho-moteurs. Dans le cas actuel, cc n'est plus seulement un mouvement, mais bien un élément sensitivo-moteur qui intervient avec le mot; les mots et méme les bruits se tranaforment en véritables corps étrangers qui s'introduisent dans la bouche, cheminent dans le pharynx et l'œsophage pour arriver à l'estomac, provoquant pendant tout le trajet un malaise qui va croissant. Dans l'estomac, la sensation devient très douloureuse, les bruits et les mots, comme les aliments solides, s'accumulent et donnent le sentiment pénible qui suit un repas trop copieux. Aussi, le malade s'efforce-t-il, par des efforts d'expuition et de crachementa, de rejeter ces prétendus corps étrangers, comme dea substancea indigestes. De sorte qu'à l'angoisse morale, vient s'ajouter, dans ce cas, la douleur physique, due aux nouvelles qualités attribuées aux mots et aux différents bruits perçus et déglutis.

Une observation à hérédité similaire et convergente, où se trouvent réunis pluaieurs syndromes épisodiques, donne une idée assez nette de cette singulière vsriété d'onomatomanie.

Le mémoire se termine par des considérationa générales sur le traitement, la nécessité de l'intervention médicale, pour aider le malade à lutter contre ce que l'on appelle les *petites manies* qui, une fois installéea, sont excessivement difficiles à déraciner.

XIV. *L'obsession criminelle morbide.* (Rapport au Congrès d'anthropologie criminella tenu à Bruxelles, 1872.)

L'obsession eat un mode d'activité cérébrale dans lequel un mot, une pensée, une image s'impose à l'esprit en dehors de la volonté, mais ssns malaise, à l'état normal, avec, au contraire, une angoisse douloureuse qui la rend irrésistible chez les béréditaires dégénérés. A l'état normsl l'obsession est trsnsitoire et ordinairement facile à réprimer; elle n'entrsve pas, du reste, les autres fonctions intellectuelles, elle laisse libres, les centres supérieurs qui na perdent, ni leur contrôla, ni leur influence modératrice sur les centres psycho-moteurs; par suite, cette obsession n'aboutit pas à l'impulsion. A l'état morbide, l'obsession tenace, tyrannique, s'accompagne, d'ailleurs, d'une douleur morale tellement intense qu'elle subjugue la volonté. Dans ces conditions, l'obsession amène l'impulsion, et le sujet, conscient, est poussé irrésistiblement aux actes même, qu'il réprouve.

L'auteur a'occupe, d'sbord, des obsessions et des impulsions ayant pour objet un mot ou un nom, souvent sans nulle importance; dans ces cas, dégagées de toute question d'intérêt, de tout mobile paasionnel, l'obsession et l'impulsion sppsraissent aux yeux de tous, avec leur vérilable csractère maladif, leur invincible irrésistibilité, malgré le complet état de conscience.

Après cette étude préliminaire de l'obsession aimple, qui permet de se faire une idée plus juste des obsessions criminelles morbides, l'suteur examine successivement : 1° l'obsassion et l'impulsion morbides à l'homicide; 2° l'obsession morbide du vol, kleptomanie, kleptophobie; 3° l'obsession morbide du feu, pyromanie, pyrophobie; 4° les obsessions morbides sexuelles.

XVI. *Suicide par blessure du cœur avec une épingle mesurant à peine trois centimètres.* (Comm. à la Soc. de Biol., 1890.)

C'est un nouveau cas ajouté à la liste, déjà longue, des moyens extraordinaires mis an usage par les mélancoliques, pour attenter à leur vie. Ce fait est également intéressant au point de vue de la gravité da certaines plaies, même non pénétrantes, du cœur.

XVII. *Sur les aliénés persécuteurs.* (*Rev. gén. des Sciences*, n° 23, décembra 1891.) En collaboration avec M. Sérieux.

Les aliénés dont il est question dans ce travail, sont les *persécutés-persécuteurs, les persécuteurs raisonnants,* chez lesquels, l'élément fondamantsl du délire, est un besoin insatiable de poursuivre leurs ennemis, d'obtenir justice de torts imaginaires; leurs actes, plus encore que leurs conceptions, sont de

nature pathologique. Chez eux, point de désordre dans les idées, ni de délire bruyant et extravagant, ni de troubles hallucinatoires; point de ces conceptions ambitieuses ou de ces idées de persécution dont l'incohérence ou l'absurdité éclatent aux yeux de tous; rien, en un mot, de ce qui est caractéristique pour le public, de l'aliénation mentale. Ce sont ces circonstances qui rendent l'étude de ces dégénérés d'une importance capitale, au point de vue médico-légal.

C.— *Paralysie générale.*

I. *Signes essentiels et accessoires de la paralysie générale.* (Signes essentiels : troubles de la parole et affaiblissement généralisé des facultés mentales. Signes accessoires : troubles oculaires, délires multiples à fonds de démence.

II. *Attaques spinales épileptiformes et apoplectiformes, avec élévation de température dans la paralysie générale.*

III. *De la température à la suite d'une attaque apoplectiforme, dans un cas de paralysie générale.*

IV. *De la température dans le cours de la paralysie générale.*

V. *Sclérose des nerfs optiques et des nerfs moteurs de l'œil dans la paralysie générale.*

VI. *Deux cas d'aphasie dans la paralysie générale.*

VII. *Localisations cérébrales dans la paralysie générale.*

VIII. *Paralysie générale avec atrophie de la circonvolution pariétale ascendante gauche, consécutive à la compression par une tumeur, sans paralysie du côté droit.*

IX. *Pachyméningite cérébro-spinale et encéphalo-myélite diffuse avec îlots de sclérose dans un cas de paralysie générale.*

Tous ces travaux, qui complètent plusieurs points importants de l'étude de la paralysie générale, sont déjà analysés dans l'Exposé de 1886, aux numéros 24, 35, 34, 36, 31, 38, 33 et 27.

D.— *Folie intermittente.*

La folie intermittente est une espèce pathologique se traduisant par la répétition chez un sujet à prédisposition latente, jusque-là sain d'esprit, d'accès maniaques ou mélancoliques, isolés ou combinés de diverses manières, mais présentant toujours une évolution, une marche et des caractères généraux communs qui les réunissent et les distinguent de toutes les autres espèces de folie.

Ces accès peuvent offrir dans leur marche des variétés d'évolution considérées par quelques auteurs comme suffisantes pour constituer des espèces pathologiques distinctes; c'est ainsi qu'on admet les folies intermittentes, les folies périodiques, la folie à double forme, la folie circulaire, les folies alternes, les psychoses cycliques, etc., mais ces distinctions reposent sur des caractères secondaires et limités à une phase épisodique de la maladie. La dénomination de folie intermittente indique l'intégrité de l'intelligence dans la période intercalaire, du moins au début, et durant une longue phase de la maladie.

L'invasion de l'accès est, en général, assez rapide, et dans les cas où l'accès est de courte durée, elle peut être très brusque; le malade s'est couché bien portant et se lève maniaque ou mélancolique, sans prodrome et sans cause apparente; le sujet possède en lui la prédisposition, c'est-à-dire l'aptitude aux accès dont il paraît faire lui-même les frais.

Les premiers accès sont presque toujours des accès isolés, maniaques ou mélancoliques; exceptionnellement la folie intermittente débute par un cycle : manie-mélancolie ou mélancolie-manie; dans ces cas même, on voit habituellement des accès isolés intercalaires.

Il est parfois très difficile, dès le premier accès, de diagnostiquer une folie intermittente. Si l'accès se développe chez un sujet de vingt-cinq à trente-cinq ans, jusque-là sain d'esprit (ce qui écarte les héréditaires), s'il se développe spontanément, sans cause déterminante énergique, sans période prémonitoire (ce qui écarte les cas de manie ou de mélancolie simples), on peut supposer un accès intermittent, et, par exclusion, on arrive à un diagnostic assez précis. Les délirants chroniques, en effet, pourraient bien être pris d'excitation ou de dépression, mais ces états ne se produisent que sous l'influence des hallucinations et du délire, et à ce moment le délire chronique s'est déjà nettement dessiné. Les héréditaires, les vésaniques simples, les délirants chroniques écartés, on reste en présence des intermittents.

Comme forme, l'accès, surtout au début, affecte habituellement, d'emblée, l'un des degrés de la manie (exaltation maniaque, manie, manie suraiguë) ou de la mélancolie (dépression mélancolique, stupeur), dans lequel il se maintient; mais à mesure que la maladie progresse, tout en conservant sa couleur, le délire se modifie, il perd son activité, sa coordination, sa systématisation; à la fin, il n'est pas rare de voir surgir des idées hypochondriaques et ambitieuses avec un certain degré d'incohérence, comme chez les intelligences qui s'affaiblissent. De même que l'invasion, le déclin varie avec la durée de l'accès et aussi avec l'âge de la maladie; au début, il est

en général plus rapide. Il reste encore rapide même après une longue durée de ls msladie, quand l'accés conserve la forme cyclique; il est rapide surtout dans le psssage de l'un à l'autre état du cycle.

L'intermittence, c'est-à-dire l'intervalle lucide qui sépare les accès, évolue en raison inverse de l'accès : tandis que celui-ci s'accrott, s'sllonge avec les progrés de la maladie, l'intermittence, au contraire, diminue, se raccourcit. Au début, l'intermittence, habituellement longue, s'sccompagne de l'intégrité complète de l'intelligence, et le sujet, aprés son premier accès, reprend ses occupations, sa plsce dans la fsmille, son rang dans la société, sans que rien dans ses fscultés intellectuelles, ses sentiments et ses penchants, son caractére, son moral et ses sctes, décéle la moindre atteinte morbide; mais avec la répétition et la prolongation des accès, quelques modifications interviennent. La lucidité est entiére, la portée intellectuelle ne diminue pas d'abord, mais, on constate tantôt une certaine irritabilité, une activité remuante qui n'est pas ordinsire; d'autres fois, au contraire, c'est de l'apathie et de la nonchalance qui paraissent d'autant plus accusées qu'on les compare à l'état habituel de santé du sujet.

Plus tard, encore, il survient une tendance à la démence : un peu d'affaiblissement de la mémoire, de la lenteur dans les conceptions, moins de rectitude du jugement, moins de netteté, de précision dans les idées; mais on ne doit pas perdre de vue, à ce moment, qu'en dehors de l'accumulation des accès, on doit encore tenir compte des progrès de l'âge, car ce n'est qu'sprès un grsnd nombre d'années, et conséquemment sur des sujets déjà âgés, que l'on commence à remarquer la déchéance intellectuelle.

Les sccès offrent entre eux de grsndes ressemblances; dans les accès isolés surtout, s'ils sont courts, la ressemblance persiste fort longtemps, et c'est à la longue seulement. que se produisent des changements importants. Pour les accès périodiques, la ressemblance est parfois frappante; surtout au début, les accès semblent coulés dans le méme moule, mais à la longue les accès se modifient. Dsns les accès cycliques les pbases homologues ont en général de grandes ressemblances, et ce n'est pas un des faits les moins curieux que de voir, à chaque cycle, le sujet se présenter constamment de la méme manière, dans un contraste permanent pour chaque phase, évoquant les mémes souvenirs, exprimant les mémes idées, les mêmes sentiments, les mémes craintes, les mémes joies, les mêmes sympathies, les mémes antipathies, et cela dans les mêmes termes.

Toutes ces variétés de forme pouvant se présenter chez un même malade, il n'est pas rare de voir une folie intermittente désignée successivement

sous les noms de mélancolie, manie, de folie périodique, folie à double forme, folie circulaire, et plus tard même sous le nom de manie chronique. Pour expliquer tous ces changements on disait : C'est une transformation du délire, absolument comme on disait pour le délire de persécution, dans le délire chronique, qu'il se transformait en délire ambitieux. Ce n'est pas une transformation, c'est une évolution, ce sont des stades différents d'une seule et même maladie dont on prend, à tort, un caractère passagèrement prédominant, pour en faire une espèce à part.

Six observations avec deux diagrammes font ressortir les signes essentiels assignés à la folie intermittente.

Moins accusée ici que chez les dégénérés, l'action héréditaire s'exerce plus fortement que chez les délirants chroniques, et les fous intermittents, au point de vue étiologique, viennent s'intercaler entre les deux groupes.

Tous les faits contenus dans cette espèce pathologique sont unis par des caractères communs, constants, qui reposent sur l'étiologie ; sur l'évolution de l'accès, l'invasion, sa marche, son déclin ; sur la forme et le contenu du délire ; sur la nature des intermittences qui séparent les accès ; sur la marche générale des accès, que ceux-ci soient simples, isolés ou combinés ; sur leurs rapports réciproques et sur les modifications qui se produisent avec les progrès de la maladie.

E.— *Simulation de la folie et folie méconnue.*

Le médecin expert peut être appelé, dans l'intérêt de la vérité et de la justice, à démasquer la fraude e 1 aliénation mentale, c'est-à-dire la simulation de la folie.

La folie n'est pas facile à simuler. Chaque psychose est un tout harmonieux dont la marche, ainsi que l'évolution, est soumise à des lois précises, suivant lesquelles les symptômes doivent s'enchaîner et se combiner ; aussi, dés que l'un des syndromes fait défaut ou qu'au milieu du tableau symptomatique surgit le signe d'une autre maladie dont l'existence simultanée est impossible, tout l'ensemble détonne et cette discordance frappe l'observateur. D'autre part, le public s'imagine que la folie consiste dans la production d'actes bizarres, extravagants, désordonnés, ou de propos décousus et incohérents, ou bien, au contraire, dans cet état de torpeur où l'individu paraît frappé d'une complète inertie ; aussi la folie simulée, pleine d'exagérations, est plus accusée que la folie réelle. Le simulateur se présente, d'emblée, sous l'une ou l'autre de ces formes ; il se montre brusquement excité ou

déprimé, ne se doutant pas qu'il fournit ainsi ls principale preuve de la simulation, ces états n'étant, en général, que des phénoménes secondsires, dont l'apparition marque déjà une étape avancée et est précédée d'autrea troubles nettement définis. On pense que l'aliéné ne peut répondre deux mots sensés aux questions qu'on lui adresse. Aussi les voit-on se livrer à des actions ridicules et évidemment affectées, et mettre leurs paroles en complet désaccord avec les questions qu'on leur pose; prendre le contrepied de ce qu'on leur demande. Or, rien de acmblsble n'a lieu, même dans la folie siguë; un aliéné, quel que soit son état, répond à quelques-unes des questions qui lui sont adressées, surtout lorsqu'on sait réveiller ou fixer son attention. En interpellant vivement un maniaque, on peut suspendre momentanément le cours rapide des idées et obtenir une réponse; et, dans certaines formes, dans les délires systématisés, lea prémisses aeules étant fausaes, l'association des idées, les déductions, le raisonnement, sont parfois marqués au coin de la plus saine logique. C'est ce qu'ignore le simulateur; de même qu'il présentera souvent, sans être choqué par le contraste, des lacunes de mémoire pour certains faits et la conservation du souvenir pour d'autres faits contemporains, d'importance beaucoup moindre. De même, presque simultanément, il donne des preuves d'une grande activité cérébrale, tout en affectant les allures de la stupeur. Parfois aussi, simulant la démence ou l'imbécillité, il interrompra son jeu, nous mettant ainsi en présence d'une démence et d'une imbécillité intermittentes qui n'existent pas.

L'auteur relate avec beaucoup de détails l'histoire d'un simulateur auquel s'appliquent la plupart des conaidérations générales précédentes. La simulation ayant été admise par le jury, d'après l'enquéte médico-légale, L..., inculpé d'assassinat, a été condamné aux travaux forcés à perpétuité. Heureux d'échspper à la peine capitale, le lendemain du jugement, L... a mis fin à la simulation. Des photographies donnent une idée de l'attitude de L... pendant l'instruction et aprés le jugement.

L'expert est plus souvent appelé à établir la folie chez des inculpés réellement aliénés qu'à rechercher la simulation; malheureusement tous les fous délinquants ou criminels ne sont pas soumis à son examen. Trop souvent le magistrat, livré à ses propres forces, méconnaît la folie, et des condamnations, plus ou moins graves, frappent des irresponsables. Toutes les fois, en effet, qu'un inculpé simule la folie, il accentue et exagère les symptômes, et, pour les incompétents, il paraît très aliéné. Dans ces conditions, le magistrat n'hésite pss à faire appel au médecin pour constater ls folie. Quand, au contraire, un aliéné vrai commet un crime ou un délit,

fréquemment les actes accomplis ressemblent à ceux des délinquants vulgaires ; et, comme les magistrats se préoccupent surtout de l'acte, sans assez tenir compte des antécédents ; que, d'autre part, les aliénés avouent sans hésitation leur faute, la condamnation paraît toute naturelle. On s'explique ainsi l'entrée chaque année, à l'asile, de près de cinquante détenus envoyés des prisons où ils purgeaient des condamnations pour des délits ou des crimes commis en pleine aliénation mentale. Mais ce nombre ne comprend pas tous les aliénés condamnés à tort ; beaucoup, n'offrant pas de délire actif, restent en prison sans appeler l'attention. C'est là un fait qui a déjà soulevé des protestations, et les médecins belges qui ont obtenu de visiter les prisonniers ont déjà fait transporter dans les asiles un certain nombre de détenus aliénés. Mais ce n'est pas là le vrai remède : il faudrait que les prévenus douteux fussent tous préalablement examinés ; c'est le seul moyen d'éviter à des irresponsables, la flétrissure d'une condamnation.

4. Leçons cliniques sur les maladies mentales. (*Deuxième édition*, Paris, 1893. *In-8* de *485 pages*, avec *une planche hors texte* et *deux tracés*.) Plusieurs parties de cet ouvrage sont traduites en allemand et en russe ; une traduction anglaise est en voie de publication.

Ce volume comprend des leçons sur l'épilepsie, la dipsomanie ; sur les héréditaires, les délirants chroniques et les intermittents ; sur le délire chronique et la manie.

A et B. L'épilepsie et la dipsomanie ont déjà été analysées dans l'Exposé des titres et travaux scientifiques de 1886, sous les nos 54 et 18.

C. *Considérations générales sur les héréditaires dégénérés*, *les délirants chroniques*, *les intermittents*.

Ces leçons ont pour but de faire ressortir les principaux caractères des héréditaires, des délirants chroniques et des intermittents, de manière à marquer les différences qui les séparent. Après avoir bien établi les conditions étiologiques qui président à la constitution du groupe des dégénérés et insisté sur leur déséquilibration mentale, l'auteur, s'appuyant sur les observations, examine, en dehors des stigmates psychiques (obsession, impulsion et inhibition), les divers délires, les uns multiples, polymorphes, instables, mobiles comme le fonds sur lequel ils se développent ; les autres, tenaces, fixes et persistants comme certaines obsessions. D'autre part, les

délirsnts chroniques avec leur marche régulière, uniforme, progressive, à quatre étapes bien msrquées, ont leur physionomie tout à fait personnelle ; enfin, les intermittents se distinguent à leur tour par leur étiologie, leur mode d'évolution, leurs formes délirantes et leurs intervalles lucides.

D. *Délire chronique à évolution systématique.*

Les leçons sur le délire chronique sont un exposé essentiellement clinique de la question ; les faits fournissent des déductions précises qui ont permis à l'auteur de réunir en un groupe nettement défini les délirants chroniques, rsngés jusque-là dans la grande classe des persécutés de Lasègne, à côté de sujets tout à fait différents par leur origine, par ls marche, le début, l'évolution et la terminaison de ls malsdie.

Cette psychose frappe en général, à l'âge adulte, des individus non dégénérés, n'aysnt présenté jusque-là aucun trouble intellectuel, morsl ou affectif. Elle se distingue par sa longue durée qui peut dépasser cinquante ans, sa marche méthodique, régulière et progressive, coupée par qustre étapes nettement dessinées, sans évolution constante, avec un délire systématisé de couleur différente pour la seconde et la troisième période.

La première période, période d'*incubation*, d'*inquiétude*, ne s'offre pas avec des caractères trsnchés : le patient est en proie à un malaise général, à une inquiétude vague; il devient soupçonneux, commente les moindres faits ; toujours inquiet, il épie, écoute, surprend dans une conversation une phrase qu'il s'attribue (interprétation délirsnte), ou se trouve blessé psr tel mot insignifiant, mais dont le sens présente quelque snalogie avec une injure grossière et qu'il confond avec celle-ci (illusion). Puis l'idée constante d'une persécution, la tension incessante de l'intelligence finissent par éveiller le signe représentatif de ls pensée, l'image tonale, le mot, et, l'hallucination auditive surgit. La barrière est alors franchie et le malade entre dans la seconde période, celle des hallucinations, des troubles de la sensibilité générale et du délire de persécution.

Chez certains sujets, l'éréthisme sensoriel est tel que la moindre pensée se traduit immédiatement par un mot ou une phrase, ce qui fait dire au mslade que ses pensées sont répercutées partout comme un écho. Quand la maladie progresse, le centre corticsl s'émancipe : des mots, des phrsses, des monologues se produisent en dehors du courant d'idées du sujet, si bien que celui-ci, pensant à sutre chose, est interpellé par ses ennemis; il répond, et alors s'établit un dialogue entre le patient, représenté par le lobe frontal, et l'interlocuteur, cantonné dans le centre auditif cortical. C'est un dédouble-

ment de la personnalité. Plus tard encore, l'indépendance des centres corticaux devient plus grande, ils fonctionnent en quelque sorte automatiquement, et le sujet sssiste comme un étranger à des conversations dont il ne se doute pas faire les frais. Parfois la solidarité qui unit les deux moitiés symétriques du même sens, aussi bien chez l'halluciné que chez l'homme normal, dispsraît, et l'hallucination devient unilatérale, émanant du centre sensoriel de l'un des hémisphéres, à l'exclusion du centre symétrique de l'autre hémisphére; parfois encore les hallucinations auditives sont latérales, mais chaque côté devient le siége d'une hallucination dc caractére différent.

Les troubles de la sensibilité générale et du sens génital ne sont pas rares: ils sont magnétisés, électrisés, on leur donne des secousses, on abuse de leur corps. Parfois aussi se montrent des hallucinations du goût et de l'odorat; quant aux hallucinstions visuelles, si fréquentes dans les délires toxiques, elles sont ici trés rares.

Pendant un certain temps, le délirant cbronique n'est pas dangereux, il cberche surtout à éviter ses ennemis; il quitte son atelier ou son administration, il déménage fréquemment; ceux qui le peuvent entreprennent des voyages plus ou moins lointains. Il prend des précautions infinies pour ses provisions de bouche, les achéte loin de chez lui, à des marchands inconnus; il les prépare lui-même ou bien change de restaurant, examinant soigneusement tous les plats. Plus tard, il adresse des plaintes au commissaire, au procureur de la République, aux autorités, aux personnages en vue. Il fait faire des analyses de ses boissons, de ses aliments, de ses déjections. Chez lui, il se bsrricade, double sa porte d'une barre de fer, bouche tous les orificcs, tapisse sa chambre, les murs, les fenêtres de papier, de journaux. Enfin, harcelé par les outrages incessants, fatigué par les souffrances qu'on lui impose, il s'arme et devient dangereux. En résumé, le malade réagit successivement des façons suivantes : il fuit et évite les dangers imaginaires; il se défend; il attaque.

A mesure que la maladie progresse, il se fait une transformation singulière du délire; aux idées de persécution succédent les idées de grandeur; ce passsge se fsit tantôt par déduction logique, tantôt par hsllucinations, d'autres fois spontanément. Les persécutés, en effet, se disent qu'ils doivent être de grands personnages, pour que, pendant de longues années, on se soit donné la peine de les tourmenter, de les torturer, pour qu'ils aient inspiré tsnt d'envie et de jalousie; ils se découvrent alors une origine nouvelle; les familles dont ils portent le nom ne sont plus que des familles d'adoption; en réalité, ils descendent de princes, de rois, de grands souverains. La

transformation de leur personnalité est de plus en plus un fait accompli. Par l'hallucination, quelques mots : « Tu es roi! » « Tu es prophète! » suffisent à faire naître le délire ambitieux. Enfin, du jour au lendemain, sans cause appréciable, le persécuté devient ambitieux. Ces nouvelles conceptions sont un symptôme de mauvais augure, et il est curieux de noter que ce délire des grandeurs s'empare de l'intelligence juste au moment où elle commence à perdre son intégrité. A mesure que le délire progresse et se systématise, il se circonscrit; le malade, ne trouvant pas dans le langage courant, des expressions qui puissent bien rendre ce qu'il éprouve, crée de toutes pièces des mots nouveaux et se fait ainsi un vocabulaire spécial, composé de néologismes. L'idée délirante est alors émise toujours de la même manière et comme stéréotypée.

Les croyances, l'instruction, le milieu social modifient l'aspect sous lequel se présente le malade. Jadis il s'agissait d'ensorcelés, de démonopathes devenant plus tard théomanes; aujourd'hui, les patients, d'abord électrisés, magnétisés, hypnotisés, envahis par les microbes, deviennent des millionnaires, des présidents de république, des rois, des empereurs. Mais ces variétés de forme de délire ne sont que des phénomènes accessoires, le fait capital, est la transformation d'un délire pénible en un délire ambitieux.

De cette période ambitieuse qui marque déjà un certain degré d'affaiblissement de la résistance cérébrale, les malades marchent graduellement vers la démence. Leur niveau mental baisse peu à peu, leur activité intellectuelle se borne à ressasser quelques conceptions délirantes stéréotypées. De temps à autre, leur esprit se réveille sous l'influence d'hallucinations, d'images tonales qui continuent à s'échapper presque automatiquement du centre cortical. Ils se montrent indifférents à tout ce qui les entoure ; on les voit adoptant parfois des attitudes spéciales, se tenant à l'écart, tantôt immobiles, d'autres fois parlant seuls à voix basse, faisant tout à coup certains gestes, toujours les mêmes, en rapport avec des conceptions délirantes qui ne changent pas non plus. Si on les interroge, ils ne répondent pas tout d'abord, puis, si l'on insiste, ils regardent comme étonnés et ne donnent souvent que des réponses incomplètes. La déchéance intellectuelle va croissant, sans jamais aucun retour en arrière.

Le diagnostic différentiel est facile avec les délires d'emblée des dégénérés; les persécutés-persécuteurs se distinguent aussi assez facilement des délirants chroniques, mais il n'en est pas de même des dégénérés hallucinés avec délire systématisé, dont le diagnostic, quand les antécédents ne

sont pas bien connus, est parfois délicat. Les délires de persécution et de grandeur des dégénérés, considérés dans leur contenu, ressemblent, en effet, à la deuxième et à la troisième période du délire chronique. Ce sont les mêmes interprétations délirantes, les mêmes troubles sensoriels, les mêmes altérations de personnalité, les mêmes néologismes, les mêmes réticences. Mais en dehors des antécédents et de l'âge du malade, qui offrent de grandes différences, la marche du délire est tout autre. Né sans incubation préalable, le délire des dégénérés évoluant sur un terrain éminemment favorable, réalise promptement ces troubles hallucinatoires, cette systématisation, ces altérations de la personnalité, ces néologismes qui, chez le délirant chronique, ont nécessité une longue élaboration, en quelques semaines, sans succession évolutive déterminée, il franchit les étapes que la psychose chronique a mis des années à parcourir. Le pronostic est d'ailleurs différent, et le délire systématisé des dégénérés peut disparaître, quelle que soit la durée. De nombreux faits viennent à l'appui de ces considérations générales et établissent nettement les caractères différentiels entre ces deux groupes de malades.

Au point de vue médico-légal, les délirants chroniques, malgré leurs réticences et leur lucidité, soulèvent rarement de sérieuses difficultés. Leurs actes violents sont la conséquence évidente de leurs hallucinations ou de leurs idées de persécution. Il n'en est pas de même des persécutés-persécuteurs, dont l'activité intellectuelle, la lucidité, la logique, l'absence d'hallucinations, peuvent en imposer; chez eux, l'expertise médico-légale est parfois difficile et réclame une étude biopathologique entière du malade.

E. *Manie. États maniaques dans les différentes formes mentales.*

La manie est caractérisée par une suractivité cérébrale extrême, une exaltation de tous les centres corticaux, y compris ceux de la zone psycho-motrice. Toutes les portes sont grand'ouvertes pour projeter au dehors les images, les souvenirs, les mouvements, qu'ils répondent à des appétits ou à des sentiments, qu'ils soient les manifestations des idées ou le résultat d'un besoin purement automatique. *Tout au dehors !* telle est la devise du maniaque. L'évolution de la manie présente trois stades successifs : 1° le début est parfois très court, mais le plus souvent il existe une période prémonitoire très tranchée, indiquant nettement que l'on a affaire à une maladie somatique et non pas seulement à un simple trouble des idées : lassitude, impuissance, abattement, céphalée, insomnie, troubles digestifs. Peu à peu la dépression disparaît et l'excitation intellectuelle s'accroît; le malade, sans cesse en mouve-

ment, se montre loquace, exubérant; l'exaltation augmente de proche en proche, et, l'accès éclate. 2° Avec l'agitation tout malaise disparaît, l'appétit renaît. Les idées se succèdent avec une rapidité extrême, si bien que la parole ne pouvant pas suivre la pensée, il survient de l'incohérence. Chaque faculté intellectuelle contribue pour sa part à ce désordre de l'intelligence. Les facultés productives : la mémoire, l'association des idées, l'imagination, se trouvent démesurément surexcitées aux dépens des facultés de jugement et de réflexion. La mémoire rappelle à l'esprit une foule de faits qui semblaient oubliés; des souvenirs très lointains, incapables d'être évoqués en temps ordinaire, sont rafraîchis sans difficulté; l'imagination atteint une telle activité que les malades paraissent plus intelligents. Les pensées sont enchaînées naturellement, logiquement, bien qu'énoncées avec une exaltation et une volubilité maladive. Il arrive que l'attitude du sujet se modifie sous l'influence d'hallucinations qui se produisent quelquefois comme conséquence de la suractivité des centres cérébraux, et sous l'influence surtout d'illusions des sens, qui sont extrêmement fréquentes. On voit alors les conceptions devenir presque exclusivement délirantes, et, au milieu du chaos des idées, prédomine telle ou telle série d'idées qui donne au délire maniaque sa couleur particulière (idées religieuses, érotiques, ambitieuses, idées de persécution, etc.). L'aspect et les allures du maniaque sont en rapport avec l'excitation intellectuelle : loquacité intarissable; regard brillant; mouvements brusques, désordonnés, incessants. Malgré la suractivité de toutes les fonctions, il n'y a jamais de fièvre, à moins de complication organique. L'état de *fureur maniaque* paraissait être en rapport avec le traitement, car il ne se produit plus depuis la suppression de la camisole de force. La marche de la manie est des plus irrégulières. Dans la période d'état l'agitation est à peu près continuelle; s'il survient des moments de calme, ils sont de très courte durée. Pour le maniaque, il n'existe ni nuit ni jour; il se repose quand il peut; on le voit parfois dormir d'un profond sommeil au milieu du jour, tandis que son excitation est très intense la nuit. 3° Le stade de déclin s'annonce par l'apparition d'intervalles lucides qui deviennent de plus en plus fréquents et de plus en plus prolongés. Outre la guérison qui est la terminaison la plus habituelle, la manie peut passer à l'état chronique et se terminer par la démence.

Telle est la manie dans sa simplicité clinique. Or, les vrais maniaques sont assez rares. Ce qui est très commun, au contraire, c'est d'observer des malades ayant tout l'extérieur des maniaques, chez lesquels la manie n'est qu'un des aspects d'un autre mal, l'indice révélateur d'un autre désordre in-

tellectuel, le signe extérieur sur lequel ce trouble se manifeste. C'est à cet étst qu'il faut attacher la dénominstion d'*état maniaque*. Ces manies secondaires sont à la manie franche aiguë, ce que sont les états symptomatiques aux états idiopathiques. Ils sont successivement examinés chez le paralytique général, chez les cérébraux à lésion circonscrite, chez l'alcoolique, l'épileptique, l'hystérique, le dégénéré, l'intermittent.

L'auteur insiste, pour le traitement de la manie, sur la suppression absolue de la camisole de force et de tout autre moyen de contention.

Le traitement consiste ensuite dans l'administration de bains prolongés, de bromure de potassium associé ou non au chloral. Un traitement qui donne parfois de bons résultsts est l'emploi de laudanum à dose progressive, en commençant par quinze gouttes, puis en augmentant chsque jour d'une goutte, jusqu'à 4, 5 grammes et même 10 à 15 grammes par jour.

Le chlorhydrate d'hyoscine en injection sous-cutanée, à la dose d'un demi à un milligramme, est en quelque sorte le spécifique du syndrome agitation, et aucun accès maniaque ne peut, passagérement du moins, résister à son sction.

Le délire chronique a évolution systématique. (*Encyclopédie des Aide-Mémoire* de M. Léauté ; 184 p.). En collaboration svec M. P. Sérieux.

Dans ce volume se trouve résumée l'histoire du délire cbronique ; le disgnostic différentiel y occupe une place importante avec les persécutés-persécuteurs et les délires systématisés des dégénérés. Des développements assez étendus sont consacrés aux applications médico-légales et thérapeutiques.

De quelques applications thérapeutiques du chlorhydrate d'hyoscine. (Com. à la Soc. de Biol. Juillet 1889). En collaboration avec M. Lwoff.

L'hyoscine, depuis quelques années, a été employée dans les ssiles allemands, autrichiens et hongrois ; en France, MM. Gley et Rondeau ont communiqué à la Société de Biologie (janvier et mai 1887) le résultat de quelques expériences : le chlorhydrate d'hyoscine amène le sommeil chez le chien, provoque une faiblesse très marquée du train postérieur, supprime passagérement la sécrétion salivaire et exerce sur les nerfs d'arrêt du cœur une telle influence que l'on peut exciter le bout périphérique du pneumogastrique par un courant induit trés fort, sans produire l'arrêt du cœur. Dans les applications thérapeutiques faites par M. Magnan, les résultats sont très concluants : dans la manie, l'agitation, quelle que soit son intensité,

fait place au calme, et l'on obtient plusieurs heures de sommeil après une injection sous-cutanée de un à deux milligrammes de chlorhydrate d'hyoscine. Le pouls augmente habituellement de fréquence; toutefois, chez quelques sujets très agités, à circulation trèa active avant l'injection, la fréquence diminue un peu avec le repos. Chez lea alcooliques, le calme est plus long à s'établir, les hallucinations deviennent moins actives, mais persistent jusqu'au moment où le malade s'endort; on remarque souvent chez eux de petites secousses dans les membres. Sur un hystérique, affecté à un haut degré d'hyperidrose des mains et des pieds, l'injection d'hyoscine a suspendu les sueurs pendant six heures. Les tics, quels que soient leur siège et leur intensité, sont également suspendus pour quelques heures par le médicament. L'auteur a encore eu l'occasion de recourir à l'hyoscine dans la mélancolie avec refus d'aliments; ce médicament change le cours des idées, et aux approches du sommeil il est facile de faire accepter un repas qui venait d'être refusé. Dans la chorée généralisée ou partielle, les convulsions s'arrêtent passagèrement après une injection d'hyoscine.

La paralysie générale. (*Encyclopédie des Aide-Mémoire* de M. Léauté), En collaboration avec M. P. Sérieux. *(Sous presse.)*

Ce volume comprend, après un court historique, neuf chapitres. Les deux premiers ont pour objet la démence paralytique, c'est-à-dire les signes essentiels de la paralysie générale, l'affaiblissement général et progressif des facultés et les troubles moteurs, notamment l'hésitation de la parole. Les signes accessoires, les délires multiples, polymorphes à fonds de démence, sont décrits dans le troisième chapitre; le quatrième et le cinquième comprennent la marche de la maladie avec ses rémissions plus ou moins complètes et l'anatomie pathologique. Le sixième est consacré à l'étiologie, dans laquelle, grâce aux récents travaux publiés en France, la syphilis vient occuper la place importante qui lui revient. Dans les derniers chapitres sont étudiés le diagnostic, la médecine légale et le traitement.